Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn

Zur Casuistik

der diagnostischen Irrthümer der

Unterleibstumoren.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doktorexamen

der medicinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

zu BONN

vorgelegt

von

Theobald Floret

aus Poppelsdorf.

Bonn 1895

Buchdruckerei Jos. Bach Wwe.

Meinen teuren Eltern

in dankbarer Liebe.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551910_0101

Nicht unbeteiligt an den grossen segensreichen Fortschritten, welche die Medicin auf dem Gebiete einer exakteren und sicheren Erkenntnis der Veränderungen des menschlichen Organismus in den letzten Jahrzehnten zu verzeichnen hatte, dürfte die Diagnostik der Unterleibstumoren bleiben. Wenn es uns heute möglich ist, eine bestimmtere Diagnose auf irgend eine Unterleibsgeschwulst zu stellen, als unsere Vorfahren in der medicinischen Wissenschaft, so verdanken wir dieses in erster Linie unstreitig der pathologischen Anatomie. Sie ist es, die der Lehre von den Geschwülsten, soll diese den Stempel der Wahrheit an sich tragen und nicht auf die wankende Basis praesumptiver Doktrinen gebaut werden, als Unterlage dienen muss. Vor allem war es notwendig, durch die Leichenuntersuchung richtige Begriffe von den greif- und sichtbaren Veränderungen zu erlangen, die sich bei den verschiedenartigen Unterleibstumoren ergeben. Durch unermüdliches Forschen gelang man allmählich zur genauen Kenntnis der Krankheitsprodukte, und nur durch das Zusammenstellen einer Reihe von Leichenbefunden mit genauen Beobachtungen am Lebenden ist es uns möglich geworden, ein Bild des Krankheitsverlaufes selbst zu entwerfen. Hand in Hand jedoch mit der pathologischen Anatomie musste die klinische Erfahrung gehen, um die Krankheitserschein-

ungen, wie sie dem Leichenbefunde entsprechen, genau zu sichten.

War man so bis vor mehr als zwei Jahrzehnten fast nur auf den Sektionsbefund und die klinische Erfahrung angewiesen, so machte sich mit dem Aufblühen der Abdominal-Chirurgie ein neuer Gerichtspunkt geltend, der zur weiteren Vervollkommnung der Diagnostik der Unterleibsgeschwülste dienen sollte. Denn jetzt war durch die Eröffnung der Bauchhöhle die beste Gelegenheit gegeben, etwaige Irrtümer und deren Ursachen zu erkennen und aus ihnen zu lernen. Wenngleich somit die Diagnostik der Geschwülste des Abdomens in den letzten Decennien in hervorragender Weise gefördert und gesichert worden ist, so kann es doch kaum einem Zweifel unterliegen, dass sie noch nicht zu jenem Grade von Vollkommenheit gelangt ist, welcher sie andern Schwesterdoktrinen ebenbürtig machen könnte. Beweis hierfür ist das häufige Vorkommen von Verwechslungen und folgenschweren Irrtümern, die selbst bei der grössten Aufmerksamkeit und Sorgfalt nach Erschöpfung aller Untersuchungs-Hülfsmethoden von ärztlicher Seite gemacht werden. Es mag dieses einerseits an der relativ grossen Zahl von Organen in der Bauchhöhle und der grossen Mannigfaltigkeit der in diesen Organen vorkommenden Tumoren liegen, anderseits begründet sein in dem Zutreffen von ungewöhnlichen Verhältnissen und Complikationen, die irreleiten, oder erschwerenden Momenten — wie besonders sehr dicken Bauchdecken —, die eine sichere Diagnose unmöglich machen.

Es sei mir erlaubt, aus der so reichhaltigen Litteratur über diagnostische Irrtümer bei Unterleibstumoren einige interessante und lehrreiche Fälle hier zu schildern, aus denen besonders die Schwierigkeit der Diagnose und

die Mannigfaltigkeit der zu begehenden Verwechslungen bei den Geschwülsten der verschiedenen Organe der Bauchhöhle hervorgehen möge.

Wenngleich eine Verwechslung zwischen pathologischen Tumoren der Bauchhöhle mit Schwangerschaft, wenn sie unter gewöhnlichen Verhältnissen einhergeht, nach gewissenhafter und genauer Untersuchung wohl stets zu vermeiden ist, so kommt dieselbe nicht so selten da vor, wo sich in der Schwangerschaft Hydramnion ausgebildet hat. Hier kann der Uterus so ausgezeichnet fluctuieren, wie nur je eine Ovariencyste, wobei gleichzeitig die Schwangerschaftszeichen schwer oder gar nicht zu erkennen sind.

So nahm Olshausen, getäuscht durch eine vorzügliche deutliche Fluctuation, bei einem hochgradigen Hydramnion eine Ovarialcyste an. Irreguläre Blutungen aus der Scheide der Patientin hatten den Verdacht auf Gravidität nicht aufkommen lassen. Zur Entfernung des Tumors wurde die Laparatomie gemacht, wo sofort bei Eröffnung des Peritoneums der Irrtum klargestellt werden konnte.

Noch häufiger sind die Fälle zu verzeichnen, wo Ovarialtumoren für Gravidität erklärt wurden, indem meistens der Arzt irre geleitet wurde durch die Versicherung der Frau, dass sie Kindesbewegung fühle.

Im Anschluss hieran sei der Fall von Boldt erwähnt, der hinsichtlich seiner Originalität und des dem Irrtum zuzuschreibenden traurigen Ausganges von Interesse ist. Eine 47jährige Nullipara, die vor 2 Jahren ihre letzte Regel hatte, klagte seit 2 Monaten über heftige Schmerzen im Becken, Kreuz und Lenden, neben Obstipation und Appetitlosigkeit. Während dieser Zeit war

die Patientin sehr heruntergekommen und zeigte kachektisches Aussehen. Nachdem bereits 2 Aerzte sich über die Diagnose „Ovarialtumor“ geeinigt hatten, wurde die Kranke zum Zwecke der Ovariotomie Boldt übergeben. Die von letzterem vorgenommene Untersuchung ergab einen sehr druckempfindlichen Tumor im douglasischen Raum, von der Grösse einer kleinen Kokosnuss. Der Uterus schien nach vorn gedrängt und von normaler Grösse zu sein. In Anbetracht des Gesamtzustandes der Frau, sowie der schon gestellten Diagnose von anderer Seite, machte Boldt die Untersuchung wohl nicht mit der Genauigkeit, wie er es sonst zu thun pflegte und schloss sich der schon ausgesprochenen Ansicht an, mit dem Zusatz, dass die Wandungen des Tumors akut entzündet seien. Die Laparatomie zeigte, dass der im Douglas befindliche Tumor der retroflectierte, vergrösserte Uterus war. Was bei der Untersuchung als corpus uteri imponierte, war der hypertrophierte Cervix. Da man eine Gravidität auch jetzt noch nicht erkannte, incidierte Boldt den Uterus, wonach sich der Inhalt als ein 2monatlicher Embryo präsentierte. Die Frau wurde ein Opfer jenes schweren diagnostischen Fehlers, denn, wie die Krankengeschichte meldet, starb sie einige Tage später an einer der Operation sich anschliessenden Peritonitis.

Viel häufiger als uterine geben extrauterine Schwangerschaften Veranlassung zu Verwechslungen mit Geschwülsten. Besonders charakteristisch für die Schwierigkeit in der Stellung der Diagnose auf Extrauteringravidität ist folgender Fall von Brühl. Es handelte sich um eine Frau, die nach 2 normalen Geburten heftige Schmerzen im Abdomen empfand, die sie bald bettlägerig machten. Die Menses hatten seit der

letzten Geburt nicht cessiert und waren, bald stärker, bald weniger stark als früher, mit sehr heftigen Schmerzen in der rechten Seite verbunden. Ein heftiges Fieber, welches ganz akut auftrat, bewog die Kranke, die Klinik von Brühl aufzusuchen. Bei der hier vorgenommenen Untersuchung zeigte sich rechts oberhalb des Poupartschen Bandes ein faustgrosser etwas beweglicher Tumor mit undeutlichen Umrissen. Innerlich fühlte man rechts im hintern Scheidengewölbe den nämlichen Tumor von cystischer Beschaffenheit und praller Spannung. Der Uterus, links von dem Tumor liegend, war wenig beweglich. Die Sonde glitt mit Leichtigkeit in die Gebärmutterhöhle und zeigte deren Länge von 8 cm. Es wurde hiernach die von einem Arzte vorher gestellte Diagnose „Hydrops ovarii“ bestätigt, da anscheinend kein Grund vorlag, dieselbe anzuzweifeln. Das scheinbare Nichtaussetzen der Menses (in Wirklichkeit mochte es sich wohl um ein partielles Ausstossen der Decidua handeln) und die für eine Mehrgeschwängerte fast mangelnde Vergrösserung des Uterus, sowie das Fehlen von Schwangerschaftsveränderungen in der Scheide und an der Vaginalportion hatten den Gedanken an eine Gravidität nicht nahe gelegt. Die in der Anamnese angegebenen Zeichen von peritonitischer Reizung wurden auf eine mögliche Achsendrehung des Tumors zurückgeführt. Bei der Operation fand man einen dem Ende des 3. Monates entsprechenden Foetus in der Bauchhöhle.

Von weitgehendem Interesse ist folgender von Winckel mitgeteilter Fall: Er fand bei einer 33jährigen Multipara, bei der vor 6 Jahren ohne erklärlichen Grund die Periode 7 Monate lang ausgeblieben war, und welche über Schmerzen im Unterleibe, starke Blutungen während

der Regel und Beschwerden beim Stuhlgang klagte, einen mannsfaustgrossen, der vordern Uteruswand ansitzenden Tumor, der den Uterus etwas nach links hinten verschoben erscheinen liess. Die Geschwulst war höckerig und sehr empfindlich. Beide Ovarien waren gesund. Winckel hielt den Tumor für ein Myom. Die Blutungen hörten bei Ergotingebrauch nicht auf, und 4 Wochen später stellte sich Harndrang ein. Als letztere Beschwerde sich immer mehr steigerte, wurde zur erneuten Untersuchung geschritten, bei der sich in der Blase ein derber, haselnussgrosser, anscheinend der Wand des vor dem Uterus liegenden Tumors angehöriger Körper vorfand, den man für einen Blasenstein hielt. Diese Diagnose wurde noch durch die Einführung des Katheters bestätigt und konnte dahin vervollständigt werden, dass es sich um ein in Folge eines von aussen eingeführten Fremdkörpers entstandenes Konkrement handle. Bei der Entfernung dieses Blasensteins durch die erweiterte Harnröhre zeigte sich, dass der Stein mit einem stiftähnlichen Körper in der hintern Blasenwand und der Wand der Geschwulst festsass. Nach der Extraction dieses Stiftes erwies sich derselbe als die Tibia eines 6—7 Monate alten Foetus, was zur richtigen Diagnose einer abdominellen Gravidität führte.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle noch der von Carsten publicierte Fall, wo man bei einer jungverheirateten Nullipara in Folge von Ausbleiben der Menses, Schwellen der Brüste, und weil man neben dem Uterus einen consistenten über faustgrossen Tumor fühlte, eine Extrauterinschwangerschaft annahm. Die Operation förderte eine grosse dünnwandige Pyosolpinx zu Tage.

Wiederholt auch finden wir in der Litteratur die Thatsache erwähnt, dass die gefüllte Harnblase eine Geschwulst vortäuschte. So unbegreiflich uns dieses, oberflächlich betrachtet, vielleicht erscheinen möchte, so gehört es jedoch keineswegs zu den Seltenheiten, dass bei einer länger dauernden Ischurie, wo der Urin, die gefüllte Blase überlaufend, spontan abträufelt, die Wandungen der Blase so verdickt werden, dass man den Eindruck einer soliden Geschwulst bekommt. Unter andern berichtet Stanzoni von einer an Carcinoma uteri leidenden Frau, bei der sich eine mannskopfgrosse Geschwulst zeigte, die er für einen Ovarientumor hielt. Derselbe verschwand plötzlich während einer Vaginalexploration, wobei sich die gefüllte Harnblase entleerte.

Ferner teilt uns Lieven einen Fall dieser Art mit. Bei einer Kranken bestanden seit 5 Jahren Abdominalbeschwerden, bedingt durch eine aus dem Becken emporsteigende Geschwulst. Der Leib war ausgedehnt wie im 6. Monate der Schwangerschaft. Bei einer Beobachtung von 7—8 Wochen änderte sich nichts in dem Zustande, und da man eine Eierstocksgeschwulst vor sich zu haben glaubte, schritt man zur Ovariotomie. Vorher jedoch katheterisierte man die Kranke und entleerte 4000 cbcm Harn. Der Tumor war im Uringlas.

Einer der häufigsten Fehler, welche auf dem Gebiete der Diagnostik der Unterleibstumoren gemacht werden, ist die Verwechslung von Ascites mit Ovarialtumoren. So führt uns Spencer Wells einen Fall von chronischer Peritonitis an, in welchem er zur Annahme einer Ovarialgeschwulst sich verleiten liess, und wo erst die Incision Aufklärung gab. Bei der betreffenden Patientin schien sich bei

tiefer Inspiration ein Tumor hinter den Bauchdecken zu bewegen. In der Rückenlage gaben beide Weichen hellen Ton. Diese Umstände gaben Veranlassung eine Geschwulst, von den Ovarien ausgehend, anzunehmen. Eine Punction gab keinen sichern Aufschluss. Die Laparatomie zeigte aber den Uterus und die Ovarien von normaler Grösse und gesunder Beschaffenheit: nur wenige Dünndarmschlingen waren frei beweglich; die meisten waren mit dem Colon und Netz hinten und oben in der Bauchhöhle fixiert. Das Peritoneum war mit Tausenden von Tuberceln bedeckt.

Auch das umgekehrte Verhalten, dass ein Ovarialtumor als Ascites gedeutet wurde, finden wir, wenn auch seltener, in der Litteratur bemerkt. Unter andern erzählt uns Atlee 2 Fälle von Luft haltenden Eierstockscysten, die einen Ascites vortäuschten. Bei beiden Kranken war auf der jedesmal höchsten Stelle des Leibes bei jeder Lagerung Darmton vorhanden. Die eine Kranke war schon 14mal punctiert worden, und erst die 15. Punction lieferte rein ovarielle Flüssigkeit. Bei der zweiten Kranken war die Perforation nach dem Darm eingetreten. Unter heftigen Entleerungen per rectum schwand der Umfang des Leibes bald auf das Normale.

Zur Casuistik der diagnostischen Irrtümer bei Unterleibsgeschwülsten führt Olshausen zwei interessante Fälle an, wo er Echinococcen der Bauchhöhle als Ovariengeschwülste diagnosticierte. Beide Male hatten die Geschwülste die Grösse eines etwa im fünften Monate stehenden schwangeren Uterus. Im ersten Falle lag der Tumor in der rechten Regio hypogastrica, die linea alba nur wenig nach links überschreitend, nach oben jedoch bis in die Nähe des Leberrandes mit einzelnen Höckern reichend. Der Tumor war exquisit höckerig

und prall elastisch und ragte mit einer Anzahl kleiner anscheinend solider Höcker in das kleine Becken hinein. Seine Verbindung mit dem Uterus konnte nicht festgestellt werden. Der Uterus war stark dextroponiert und retrovertiert. Per vaginam war die Geschwulst nur bis über dem linken Scheidengewölbe fühlbar.

Bei der anderen 24jährigen Kranken war der Leibesumfang seit 5 Jahren im Zunehmen. Die Patientin hatte zeitweise die heftigsten Schmerzen ausstehen müssen, die sie zur Operation drängten. Bei der von Olshausen vorgenommenen Untersuchung ergab sich, dass der Tumor, mit glatter Oberfläche und prall elastischer Consistenz, mit dem Uterus etwas beweglich war. Der Uterus selbst war auch hier dextroponiert und zugleich retrovertiert. Von ihm aus fühlte man ein strangartiges Gebilde an die vordere Wand des Tumors laufen.

In beiden Fällen stellte Olshausen seine Diagnose auf eine Geschwulst ovarieller Natur. Bei der Laparatomie fand man jedoch bei beiden Patientinen Echinococcencysten in der Bauchhöhle. Die Ovarien erwiesen sich als gesund.

Folgender originelle Fall von Sänger soll hier erwähnt werden, der uns zugleich lehrt, dass bei der Stellung der Diagnose man jede Eventualität, selbst die entfernt liegendste in Erwägung ziehen soll: Bei einer 24jährigen seit 4 Jahren kinderlos verheirateten Frau war die Regel allmählich immer schwächer und sehr schmerzhaft geworden. Rechts neben dem Uterus fand sich ein citronengrosser, solider, glatter, unempfindlicher Tumor, welcher durch einen Stil mit dem Uterus verbunden zu sein schien. Nachdem Sänger denselben für eine solide Geschwulst ovarii dextri diagnosticiert hatte, exstirpierte er ihn, wobei der Stil mit Seide

unterbunden wurde. Die Wandung der Geschwulst war 1 cm dick und erwies sich als muskulös. Das Lumen derselben und das des Stiles war mit teerartigem Blute gefüllt. Aus der Höhle des Tumors kam man in die daran befindliche Tube. Auch das normale Ovarium sass am Tumor dran. Die Diagnose Haematometra unilateralis bei einem doppelten Uterus war klar.

Vereinzelt möchte wohl jener Fall von Reeves-Jackson in der Litteratur dastehen, der in einem Falle von ganz enormer Magenerweiterung ein Ovarienkystom mit Ascitis annahm. Die Punction entleerte dunkle Flüssigkeit und Speisereste. Trotzdem wurde die Laparatomie gemacht und der vermeintliche Tumor angeschnitten, was erst zur Erkenntnis des eigentlichen Sachverhaltes führte.

Wohl kein Organ befindet sich in der Bauchhöhle, welches zu so häufigen diagnostischen Irrtümern Gelegenheit giebt, als die erkrankte oder dislocierte Niere. So macht uns Morris die Angabe, dass von 12 nicht intermittierenden Hydronephrosen bei Weibern 7 für Ovarientumoren gehalten wurden. Ein anderer Autor Tuffier hat 38 Fälle von Nierencysten aus der Litteratur gesammelt, bei denen 12 mal eine falsche Diagnose gestellt wurde. Einige Beispiele aus der so reichhaltigen Casuistik hierüber mögen hier Platz finden.

Mundè nahm bei einer Patientin eine Laparatomie vor zur Entfernung einer als linksseitiger Ovarientumor gedeuteten Geschwulst, die im Becken lag und viel Beschwerden machte. Bei der Operation fand sich, dass sie extraperitoneal lag, wenn auch die linken Anhänge mit dem Peritoneum fixiert waren. Dass es die linke dislocierte Niere war, wurde erst erkannt, als sie schon enucleiert und mit Museux'scher Zange gefasst war.

In einem von Stedmann beobachteten Fall wurde bei einer Frau die Laparatomie gemacht, weil man eine Ovarialcyste, oder einen gestilten Uterustumor vör sich zu haben glaubte, während die Operation eine Cysten-Niere ergab.

Massing beobachtete einen Fall von beweglicher Niere bei einer 70jährigen Frau, bei welcher Husten, Atemnot, Appetitlosigkeit, Verdauungsbeschwerden, Schlaflosigkeit, Herzarhythmie und stürmische Herzerscheinungen die hervorstechendsten Symptome wären. Wegen des kachektischen Aussehens der Patientin wurde die unmittelbar unter dem Rande der vergrösserten und harten Leber liegende Geschwulst für ein Carcinoma Pylori gehalten. Die Sektion ergab aber eine bewegliche Niere, die dicht an die 8 Steine enthaltende Gallenblase gedrückt war.

Auch die Fälle, wo bei Vorhandensein einer andersartigen Geschwulst die Diagnose fälschlich „Nierentumor" hiess, finden wir in der Litteratur vertreten.

So giebt Le Bec die Operationsgeschichte einer Frau an, bei welcher neben einem adhärenten linksseitigen Ovarientumor auf grund aller klinischen Symptome ein Nierentumor der andern Seite diagnosticiert wurde. Letzterer hatte seinen Sitz im rechten Hypochondrium, ohne nachweisbaren Zusammenhang mit dem ersten Tumor, resp. den Genitalien. Auch bei der Operation des ersten linksseitigen Ovarientumors wurde die Diagnose aufrecht gehalten, wie sich jedoch zeigte mit Unrecht. Denn bei der Freilegung der Geschwulst durch den lumbalen Nephrectomieschnitt wurde eine gesunde Niere gefunden. Der durch die lumbale Wunde schwierig zu exstirpierender Tumor ging vom rechten Ovarium aus.

Dombrowsky teilt uns einen Fall von Fehldiagnose mit, bei welcher Hydronephrose oder Geschwulstbildung in einer beweglichen Niere angenommen, und der Lumbalschnitt ausgeführt wurde. Während der Operation entleerte sich der Tumor plötzlich, und es wurde eine Menge Flüssigkeit erbrochen. Die Sektion ergab eine stark ausgedehnte teilweise carcinomatöse Gallenblase und Pyloruscarcinom mit Durchbruch der Gallenblase in den Magen. Die Renes dagegen waren normal und nicht beweglich.

Ferner beobachtete Haquin einen Fall von einem in der rechten Nierengegend sitzenden Tumor, welchen er für einen entzündlichen hielt. Da aber wiederholte Punctionen keinen Eiter entleerten, sondern der Troikart stets in solides Gewebe eindrang, wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen soliden Nierentumor gestellt. Die Sektion ergab aber einen grossen, intraperitonealen, vor der Niere sitzenden Abscess, der seinen Ursprung einer nach oben fortgekrochenen, 3 Monate vorher entstandenen, puerperalen Parametritis verdankte.

Einen weitern Beitrag zur Casuistik der diagnostischen Irrtümer liefern Verwechslungen, welche zwischen Tumoren des Uterus einerseits und Ovarialgeschwülsten andererseits gemacht werden.

So hielt Neugebauer ein Cystomyom, dass vom Uterus ausgegangen, zwischen die Blätter des Ligamentum latum gewachsen war, für einen Ovarientumor.

Lossen exstirpierte ein in das Ligamentum latum hineingewachsenes Myoma cysticum, nach dessen Ausschälung aus dem Ligament noch ein Stil von 5 cm Dicke die Verbindung mit dem Uterus herstellte. Die seitliche Lage und der Umstand, dass man den Uterus-

körper von der Vagina her zum grössten Teil und im normalen Verhältnisse hatte abtasten können, hatten den Irrtum herbeigeführt, ein Kystoma ovarii anzunehmen.

Aehnlich berichtet Timmers (Dissertation, Leiden): Eine 40jährige Virgo fand Aufnahme in die Leidener Klinik. Die Diagnose wurde gestellt auf eine zufolge Stildrehung stark angespannte Ovarialcyste mit Adhäsionen an der Bauchwand, wie an den Gedärmen Bei der Laparatomie entpuppte sich aber ein interstitieller Fibrom des Uterus, wobei der Cervix uteri um 180° gedreht war.

Schliesslich möge hier noch die wegen der Schwierigkeit der Diagnose so häufig vorkommende Verwechslung zwischen peritonitischen und andern Tumoren des Abdomens durch zwei Beispiele illustriert sein. So diagnosticierte Vöhtz bei einer 21jährigen Frau anstatt eines Leberechinococcus fälschlich eine Netzgeschwulst. Die Patientin hatte seit 9 Jahren eine Geschwulst im Bauche bemerkt, die besonders nach der 2. Entbindung ein schnelles Wachstum zeigte. Wegen der grossen Beweglichkeit derselben wurde die Geschwulst für eine Netzneubildung gehalten. Die Laparatomie förderte eine der hintern untern Fläche der Leber aufsitzende Hyeratidenblase zu Tage.

Einen andern Fall teilt uns Henoch mit, wo er eine Netzgeschwulst für einen Tumor des Uterus hielt, indem die Untersuchung eine abgerundete Geschwulst ergab, die sich vom Schambein, hinter welchem sie sich zu verlängern schien, bis etwa 2 Finger breit unterhalb des Nabels erstreckte.

Im Anschluss hieran will ich jetzt, zugleich als Beitrag zur Casuistik der diagnostischen Irrtümer der Unterleibsgeschwülste, die Krankengeschichte eines höchst interessanten, wohl bisher einzig in seiner Art dastehenden Falles schildern, den mir Herr Geheimrat Fritsch zur Veröffentlichung gütigst überliess.

Am 23. Mai 1894 wurde in die Bonner Frauenklinik die 30jährige Tagelöhnersfrau, Elisabeth B., wegen einer Unterleibsgeschwulst aufgenommen. Die Patientin war von der medicinischen Poliklinik, woselbst sie zuerst Hülfe gesucht hatte, und wo die Diagnose „Tumor uteri“ hiess, herübergeschickt worden, mit der ausdrücklichen Bemerkung von Seiten der Poliklinik, dass kein Darmtumor vorläge.

Anamnestisch konnte folgendes festgestellt werden: Verheiratet seit Juli 84, hat die Patientin 6 spontane Geburten ohne Kunsthülfe durchgemacht, die letzte Entbindung vor 8 Monaten. Von ihren 6 Kindern leben noch 4; die zwei andern sind in früher Kindheit an unbekannter Ursache gestorben. Die Kranke, welche weder hereditär belastet, noch früher jemals ernstlich krank gewesen sein will, bekam die erste Regel mit dem 14. Lebensjahr und hat dann stets regelmässig alle 4 Wochen bei 8tägiger Dauer und reichlichem Blutabgang menstruiert. — Seit 4 Jahren leidet die Kranke an Obstipation, abwechselnd mit heftigen Durchfällen. Im Stuhle selbst ist weder Eiter noch Blut bemerkt worden.

Ihr eigentliches Leiden jedoch datiert sie von der letzten Geburt her, die sehr leicht von statten ging und es der Patientin erlaubte, bereits am 3. Tage das Wochenbett zu verlassen. Seit dieser Zeit hat sie über heftige Schmerzen im Unterleib zu klagen, die häufig auf das ganze Abdomen bis in den Rücken ausstrahlten. Besonders

stark waren dieselben bei der Regel, die sich seit 4 Monaten wieder eingestellt hatte; zwar mit der früheren Regelmässigkeit, aber mit noch grösserem Blutabgang, wie vor der Geburt. Patientin behauptet, in der letzten Zeit an Gewicht und Körperkraft merklich abgenommen zu haben.

Die objektive Untersuchung ergab folgendes Resultat: Bei der Palpation fühlte man durch die schlaffen Bauchdecken über der Symphyse einen knolligen Tumor, von harter Consistenz, der sich von der rechten Seite bis in die Gegend der linea alba bewegen liess. Der Percussionsschall über demselben war gedämpft. — Innerlich untersuchend fand man eine weite Scheide, den Uterus antevertiert und leicht beweglich. — Die combinierte Untersuchung liess rechts vom Uterus eine über faustgrosse derbe Geschwulst erkennen, die von der Mitte bis weit nach links in die Gegend der flexura sigmoidea hinüberzuschieben war. Das rechte Ovarium war nicht zu fühlen, dagegen schien der Tumor mit dem rechten Uteruswinkel zusammenzuhängen. Die Berührung des Tumors war nur mässig schmerzhaft. Die linken Adnexen waren nicht verändert und zeigten sich gesund.

Nach ihrer Aufnahme bildeten bei der Kranken, wie früher, die Hauptbeschwerden die immer heftiger werdenden Schmerzen im Unterleibe, die genau nicht localisiert wurden, jedoch meist ihren Sitz in der rechten Seite haben sollen. Der Stuhl war unregelmässig verstopft; auch hier liess sich in demselben weder Blut, noch Eiter und Gewebstrümmer nachweisen. Temperatur und Puls waren von normaler Beschaffenheit.

Dieser Befund musste mit Notwendigkeit auf einen Tumor ovarieller Natur hindeuten. Obgleich

zwar, wie wir bereits an der Hand der oben geschilderten Fälle zu sehen Gelegenheit hatten, das Erkennen einer Eierstocksgeschwulst in manchen Fällen eine recht schwierige ist, und Irrtümer selbst bei den geübtesten Gynaekologen keineswegs zu den Seltenheiten gehören, so konnte doch in diesem Falle sowohl aus der Lage und Form der Geschwulst, aus den Symptomen und dem Verlauf der Krankheit mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose auf einen Tumor ovarii dextri gestellt werden. Die seitliche Lage desselben entsprach seiner Grösse: die leichte Beweglichkeit konnte nur für die Richtigkeit der Diagnose „Ovarialtumor" sprechen. Das Fehlen von typischen Menstruationsanomalien konnte nicht gegen die ovarielle Natur des Tumors zeugen, da ja das linke Ovarium gesund war, während anderseits die vermehrten Schmerzen im Unterleib bei der Menstruation auf eine Affection im Eierstock schliessen liess. Auch die subjektiven Beschwerden waren mit der Annahme eines Ovarialtumors in Einklang zu bringen.

Es war wohl anzunehmen, dass der über faustgrosse Tumor durch Druck einen Reiz auf das Peritoneum und die nach hinten liegenden Nerven ausüben konnte und heftige Schmerzen im Leib und Rücken erzeugte. Durch Compression benachbarter Darmschlingen liessen sich die Beschwerden beim Stuhlgang erklären. Dass die Kranke in der letzten Zeit sehr abnahm, berechtigte zu der Annahme einer malignen Neubildung. Wegen der Stuhlbeschwerden hätte man höchstens noch einen Darmtumor in Frage ziehen können. Obwohl die Differentialdiagnose bei den häufigen Untersuchungen mehrfach ventiliert wurde, und dabei auch die Eventualität: tumor coeci in Betracht kam, wurde doch diese Ansicht für falsch gehalten. Es schien nicht möglich,

dass ein Coecaltumor bis auf die linke Darmbeinschaufel bewegt werden konnte, namentlich dann nicht, wenn er fast kindskopfgross war und seit einem halben Jahr bestand. Es wurde angenommen, dass bei so langem Bestehen der Tumor schon an die rechte Bauchseite hätte fixiert sein müssen. Auch das Fehlen typischer Erscheinungen und die Thatsache, dass niemals den Faeces weder Blut noch Eiter beigemengt waren, machten die Annahme einer Darmgeschwulst unwahrscheinlich.

Die Diagnose „Ovarialtumor" schien also in vollem Grade berechtigt.

Zur Entfernung der Geschwulst wurde am 26. Mai 1894 von Geheimrat Fritsch die Laparatomie gemacht. Nach Eröffnung des Abdomens wird in der rechten Seite ein überfaustgrosser dunkelroter, derbweicher Tumor sichtbar, der sich bei näherer Besichtigung als ein der Gegend der Ileo-Coecalklappe entsprechender, mit der grösseren Hälfte dem Ileum angehöriger Darmtumor erweist. Beide Ovarien verhielten sich völlig gesund. Der Tumor wird sodann aus der Bauchhöhle hervorgewälzt und beiderseits 7 cm von dem Tumor entfernt um dem Dünndarm und den Dickdarm eine Seidenligatur nicht sehr fest gelegt. Dann wird 5 cm vom Kranken entfernt Dünndarm und Dickdarm quer durchschnitten. Der Darm wird hierauf vom Mesenterium abgeschnitten. Die Gefässe desselben werden mit Klemmen versorgt. Das Mesenterium wird nicht excidiert. Das eröffnete Darmlumen wird mit kleinen Schwämmen von geringen Fäcalmassen gereinigt. Die Vereinigung der beiden Darmenden durch die Lembert'sche Naht war schwierig, da der Dünndarm in den Dickdarm eingenäht werden musste. Erleichtert wurde die Naht durch den Umstand, dass das obere Ende — das Ileum —

bedeutend ektatisch erweitert, seine Wandung stark hypertrophisch verdickt war. Nach sorgfältiger Toilette der Bauchhöhle wird sodann die mit einem Jodoformfächertampon umlagerte resecierte Stelle in die rechte Seite gesenkt und der Tampon aus dem unteren Wundwinkel herausgeleitet. Der Leib wird durch dreifache Bauchnaht geschlossen. Die Operation, die bei Aethernarcose ohne besondere Erscheinung verlief, dauerte $1^1/_2$ Stunden.

Der weitere Verlauf war folgender: Gleich nach der Operation stellte sich geringes Erbrechen ein. Die Temperatur war am Abende des Operationstages 38,5 und stieg am anderen Tage Abends bis 39,1. Von da ab war ein langsames Abnehmen der Temperatur bis zur normalen bemerkbar. Der erste Stuhl stellte sich am 6. Tage ein. Am 7. Tage wurde der Tampon entfernt; am 10. die Bauchnähte. Am 14. Tage fühlte sich die Kranke soweit wieder hergestellt, dass sie das Bett verlassen konnte, um einige Stunden aufzubleiben. Am 17. Tage wurde bei leichtem Stuhlgang ein grosses Stück necrotischen Darms entleert, welcher, wie man aus den noch deutlich sichtbaren Nähten ersehen konnte, der Vereinigungsstelle der beiden Darmenden entsprach. Obgleich, abgesehen von geringem Erbrechen am Tage vorher, nie Symptome bestanden, die eine Intususception vermuten liessen, so muss es sich hier doch zweifellos um eine Invagination gehandelt haben, die durch die Ektasie des oberen Darmendes noch besonders begünstigt werden musste. Es ist ja bekannt, dass bei der Intususception eines Darmstückes infolge von Circulationsstörungen es meistens zur Ulceration und Necrose des invaginierten Stückes kommt, die zwar in den häufigsten Fällen Darmperforation mit nachfolgender Peritonitis zu

Folge hat, aber auch in seltenen Fällen nach Verwachsung der einander zugekehrten serösen Flächen zur Exfoliation des Darmsequesters durch den Darmkanal und damit zur Heilung führen kann. — Die Patientin fühlte sich darauf noch bedeutend wohler und konnte am 16. Juni, am 22. Tage nach der Operation Beschwerdefrei entlassen werden.

Zum Schlusse möchte ich noch eine kurze nähere Beschreibung des exstirpierten Tumors, der im hiesigen pathologischen Institute als „Sarcoma ilei“ diagnosticiert wurde, hier folgen lassen.

Der Tumor wölbte sich in das Lumen des Dünndarmes, in dessen hinterer Wand er gelegen ist, vor in einer Längenausdehnung von circa 8 cm. Die Breite beträgt nach dem Darmlumen zu circa 6, die Höhe 3 cm. Er ist in der Gegend der Bauhin'schen Klappe so gewachsen, dass diese und überhaupt die Einpflanzung des Dünndarm in den Dickdarm nicht mehr entdeckt werden kann. Die Tumormassen haben die normalen Verhältnisse verdeckt. Die hervorragende Fläche des Tumors ist fein höckerig, glatt und nicht ulceriert; an der hintern Fläche zeigt die Geschwulst eine buckelige knollige, ebenfalls glatte Oberfläche. Der Processus vermiformis liegt mit dem Tumor verwachsen und mit Tumormasse durchsetzt an der Rückseite.

Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus kleinen runden Zellen, denen der Leukocyten ähnlich, mit zartem, feinem, bindegewebigem Stroma, welches streifig angeordnet ist. An manchen Stellen ist das Bindegewebe reichlicher, dann liegen die Geschwulstzellen in Form von langen schmalen Zungen angeordnet. An der Ober-

fläche des Tumors nach dem Darmlumen zu lässt sich nachweisen, dass die allerdings vielfach veränderte grösstenteils nekrotische Schleimhaut die Neubildung überzieht. Nach der Tiefe zu durchbrechen die Geschwulstmassen die Muskulatur. Dies zeigt sich namentlich in der Circumferenz des Tumors, wo man unter dem Mikroskop das Vordringen der rundlichen Geschwulstzellen in die bindegewebigen Interstitien der Muskulatur von den ersten Anfängen an verfolgen kann.

Epicritisch möchte ich zu diesem Falle bemerken, dass das Coekum ausnahmsweise ein mehr oder weniger langes Mesenterium besitzt. Während in den meisten Fällen das Coekum teilweise nicht vom Peritoneum bedeckt hinten an die Seitenwand des Bauches angrenzt, kommen selten Fälle vor, wo das Coekum, ebenso wie der Dünndarm, oder das Colon transversum ein Mesenterium besitzt. Dies müssen wir als eine Entwickelungsanomalie auffassen. Findet sich dieselbe Anomalie an der flexura sigmoidea, so ist anzunehmen, dass sie allmählich entstanden ist; denn wir beobachten Fälle, bei denen nach langer Obstruction die flexur bis in die rechte Seite des Leibes hineinreicht. Dies kann die Folge dauernder zu starker Füllung sein. Beim Coekum wird eine dauernd zu starke Füllung wohl zur Dilatation nicht aber zur Ausziehung der peritonealen Befestigung führen. Somit war hier die Diagnose falsch gestellt, weil das Coekum ein langes Mesenterium hatte.

Ob in einem ferneren Falle bei Berücksichtigung dieser Verhältnisse die Diagnose richtig gestellt werden kann, lasse ich dahingestellt.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medicinalrat Professor Dr. Fritsch für die gütige Ueberlassung dieser Arbeit, sowie die freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Frommel: Jahresbericht der gesammten Gynaekologie, (1887, 1888, 1889, 1890, 1891).
2. Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien.

VITA.

Geboren wurde ich Theobald Floret, kath Confession, Sohn des Kgl. Gerichtskassen-Rendanten Friederich Floret und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Funcke am 24. Januar 1872 zu Coesfeld im Reg.-Bez. Münster.

Ich besuchte die Elementarschule meiner Vaterstadt bis zum 10. Lebensjahre und darauf das dortige Gymnasium, welches ich Ostern 1891 mit dem Zeugnisse der Reife verliess.

Im April desselben Jahres wurde ich in Bonn bei der medic. Fakultät immatriculiert, welcher Universität ich bis heute ununterbrochen angehört habe. Winter 1891 verlegten meine Eltern nach erfolgter Pensionierung meines Vaters ihren Wohnsitz nach Poppelsdorf b. Bonn. Mein tentamen physikum bestand ich Frühjahr 1893, das Examen rigorosum am 20. Dezember 1894.

Meine academischen Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

Binz, Bohland, Doutrelepont, Eigenbrodt, Finkler, Fritsch, Hertz †, Jores, A. Kékulé, Kochs, Kocks, Koester, Krukenberg, Küppers, Kruse, Ludwig, Nussbaum, Pflüger, Saemisch, Schaaffhausen †, Schifferdecker, Schultze, Strasburger, Trendelenburg, Ungar. Freiherr von la Valette St. George, Walb, Witzel.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigsten Dank.